

TERREMOTO DE NICOYA COSTA RICA 5 de septiembre de 2012

Informe de sistematización de las conclusiones
de los talleres de lecciones aprendidas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

TERREMOTO DE NICOYA COSTA RICA

5 de septiembre de 2012

Informe de sistematización de las conclusiones de los
talleres de lecciones aprendidas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

San José, Costa Rica, 2013

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Terremoto de Nicoya Costa Rica. 5 de septiembre de 2012. Informe de sistematización de las conclusiones de los talleres de lecciones aprendidas. Costa Rica, San José : OPS, 2013.

1. Emergencias en Desastres. 2. Alerta en Desastres. 3. Terremotos. 4. Desastres Naturales. 5. Efectos de Desastres en la Salud. I. Título. II. Ministerio de Salud de Costa Rica. III. Caja Costarricense de Seguro Social. IV. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias.

ISBN 978-92-75-31821-8

(Clasificación NLM: WA 295)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño gráfico: Luisa Garbanzo.

Fotos de la portada: 1.ª a la izquierda, gentilmente cedida por la Cruz Roja Costarricense. Las demás: Organización Panamericana de la Salud.

Impreso en San José, Costa Rica.

- Elaborado por:** MSc. Isabel López, asesora en comunicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Revisión técnica:**
- Dr. Carlos Roberto Garzón, asesor subregional del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
 - Lcdo. Hernán Luque, asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
 - Dr. Yayo Vicente, Coordinador Gestión de Riesgo, Ministerio de Salud de Costa Rica.
 - Dr. Daniel Quesada, Director del Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y Subdirector del Hospital San Juan de Dios.
 - Dr. Edgardo Acosta Nassar, Director de Gestión de Riesgo de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica (CNE).

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud reconoce y agradece a:

- los funcionarios de las diferentes instituciones que participaron en los talleres de lecciones aprendidas del terremoto de Nicoya, celebrados del 13 al 17 de mayo de 2013.
- la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- los integrantes de los Comités Municipales de Emergencia que nos acompañaron en las diferentes actividades.
- los funcionarios de la CCSS que participaron en un taller interno para la revisión de sus procedimientos y actuación durante el terremoto.
- el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres, por su permanente acompañamiento y asesoramiento técnico.

Finalmente, también reconoce el aporte de los funcionarios que aceptaron ser entrevistados durante el taller de Naranjo a fin de ilustrar con sus comentarios y opiniones el vídeo que acompaña a esta publicación.

ÍNDICE

Presentación	1
Capítulo 1. Terremoto del 5 de septiembre de 2012 en Nicoya	3
Capítulo 2. La respuesta del sector salud	6
- Parte 1. El Monseñor Sanabria, el hospital que no debió fallar	6
- Parte 2. La red de servicios de salud.....	10
Capítulo 3. De las lecciones aprendidas y que no debemos olvidar.....	11
Capítulo 4. De las lecciones que seguimos sin aprender	14
Capítulo 5. Los participantes en los talleres recomiendan.....	25
Capítulo 6. Las 10 recomendaciones más comentadas.....	27
Conclusión	30
Bibliografía	32
Anexos	33
1. Listado de participantes en los 3 talleres de sistematización de lecciones aprendidas del terremoto del 5 de septiembre de 2012	33
2. Listado de entrevistas efectuadas durante el taller de Naranjo	36

PRESENTACIÓN

Las emergencias y desastres, junto a su potencial destructivo y la alteración de las condiciones de vida de las poblaciones y territorios en los cuales impactan, traen consigo un aprendizaje que merece ser rescatado y asimilado para reducir las vulnerabilidades.

Durante los últimos 20 años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha llevado a cabo un importante esfuerzo de sistematización de las lecciones aprendidas que han dejado estos eventos en diferentes países de la región a fin de reflexionar sobre aquellos aspectos de la atención de la emergencia y de la respuesta a los desastres que se pueden mejorar y en los cuales se puede aumentar la capacidad de preparación y respuesta de los países para hacer frente a estas situaciones.

Las lecciones aprendidas o por aprender del terremoto del 5 de septiembre de 2012 en Costa Rica, conocido como el terremoto de Nicoya, son el resultado del análisis de material documental y de las impresiones y percepciones de los actores consultados durante los talleres realizados del 13 al 17 de mayo de 2013 en Nicoya, Puntarenas y Naranjo, así como de un taller interno con funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), este último celebrado en San José.

En estos talleres participaron funcionarios de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), del Ministerio de Salud, Bomberos, Fuerza Pública, Policía de Tránsito, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Cruz Roja Costarricense y el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE).



Participantes en el taller de lecciones aprendidas en Naranjo. CNE.

Estas personas vivieron de primera mano el evento y, desde sus diferentes disciplinas y responsabilidades, participaron en las acciones de respuesta en los distintos lugares afectados, con énfasis en el ámbito de la salud.

En los talleres se abordaron aspectos como la coordinación, la gestión de información, la continuidad de servicios de salud, la logística y la comunicación.

El propósito de este documento es doble:

- por un lado, consolidar las principales lecciones aprendidas y aquellas que todavía no se han aprendido;
- por otro, señalar las principales actuaciones que pudieran ser objeto de un proceso de mejora.



Taller de lecciones aprendidas celebrado en Nicoya. OPS/OMS.

El documento se divide en varias secciones para una mejor comprensión. El primer capítulo se refiere al terremoto y a las principales afectaciones. El segundo capítulo está orientado a la respuesta del sector salud, lo sucedido en el Hospital Monseñor Sanabria y el funcionamiento de la red de servicios de salud. El capítulo 3 destaca las principales lecciones aprendidas y el capítulo 4 se centra en aquellas que todavía no se han aprendido. El capítulo 5 recopila las principales recomendaciones señaladas por los participantes en los talleres y el último capítulo, el 6, elige las diez más comentadas de cara al próximo evento.

Este terremoto de 7,6Mw., uno de los más fuertes registrados en la historia de Costa Rica, y sin víctimas mortales, representa una ocasión propicia para, sin la presión que genera la pérdida de vidas humanas, revisar la respuesta a nivel de país, la coordinación interinstitucional y responder a algunas preguntas que surgen después de un evento de este tipo. Por ejemplo, ¿cuál hubiera sido la situación y la respuesta ante un número mayor de daños, un elevado número de heridos de diferente gravedad y el impacto a la salud pública?, y ¿hasta cuántos heridos, enfermos y población en general tiene capacidad de atender en este tipo de situaciones?. La respuesta a estas preguntas nos puede dar algunos indicadores importantes sobre la situación.

Este esfuerzo de recopilación de lecciones aprendidas ha sido posible gracias a la colaboración y acompañamiento de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), del Ministerio de Salud de Costa Rica y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), organizaron los talleres que permitieron la recopilación de información en base a la cual se ha elaborado este documento.

CAPÍTULO 1

Terremoto del 5 de septiembre de 2012 en Nicoya

El día 5 de septiembre a las 8 horas con 42 minutos, un terremoto catalogado con una magnitud de momento de 7,6 Mw.¹ (Red Sismológica Nacional: 2012) en la costa pacífica de Costa Rica, causó una alerta general en todo el territorio nacional, y daños significativos en la provincia de Guanacaste, Alajuela y en las regiones cercanas.

Después del sismo de Limón, en abril de 1991 (Mw 7,7), el terremoto del 5 de septiembre podría ser catalogado como el segundo más fuerte sucedido en territorio costarricense desde el inicio de las mediciones instrumentales.

El epicentro no fue el lugar donde el movimiento fue más fuerte o provocó mayor desplazamiento en los bloques de la falla; la zona de ruptura fue de varias decenas de kilómetros a lo largo y ancho de la zona de subducción.

Del mismo modo, se dio un patrón de radiación preferencial de las ondas sísmicas, dirigidas hacia el noroeste, afectando localmente los terrenos con problemas de consolidación más rígidos, entre Sarchí y Miramar. Esto explica los efectos de las ondas sísmicas que, por factores de amplificación, propiciaron agrietamientos y deslizamientos de suelos, debido a sus características locales. Este aspecto, aunado a las deficiencias en las construcciones, generó daños en los cantones de San Ramón, Atenas, Grecia, Naranjo, Zarcero y Valverde Vega, principalmente.²



Imagen de los daños en Sarchí. CNE.

1 Síntesis de datos del terremoto proporcionada por la Red Sismológica Nacional: Localización: 24 km al sur-suroeste de Sámara, frente a la península de Nicoya. Coordenadas: 9,690 ° N y 85,626 ° W. Profundidad: 15,4 km. Magnitud: 7,6 Mw.

2 Origen: zona sismogénica entre las placas del Coco y Caribe. Costa Rica. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) (2012). Plan General de la Emergencia: Terremoto Sámara. San José, Costa Rica. CNE.

Según la Red Sismológica Nacional (ICE-UCR), durante el periodo de un mes posterior al terremoto, se localizaron 920 sismos en diferentes partes del territorio nacional, incluyendo réplicas. Las réplicas de mayor magnitud ocurrieron los días 8 y 15 de septiembre, con magnitudes de 5,4 y 5,2, respectivamente, en la zona de ruptura del terremoto. La mayoría de los sismos sentidos por subducción ocurrieron en la zona de la Península de Nicoya, mientras que los sismos sentidos originados por fallas locales ocurrieron principalmente en la zona de El Guarco, Desamparados, Tapezco, Zarceros, Atenas, Monteverde, Esparza, norte de Cartago, Puriscal, San Isidro de Pérez Zeledón y en la zona de Isla Calero, frontera con Nicaragua.³

El terremoto, si bien fue sentido en todo el territorio nacional, produjo daños de consideración solo en algunas estructuras de Guanacaste, Puntarenas y Alajuela.

En el siguiente cuadro se presentan los cantones en los que se reportaron las principales afectaciones, cantones que fueron objeto de la declaratoria de emergencia.

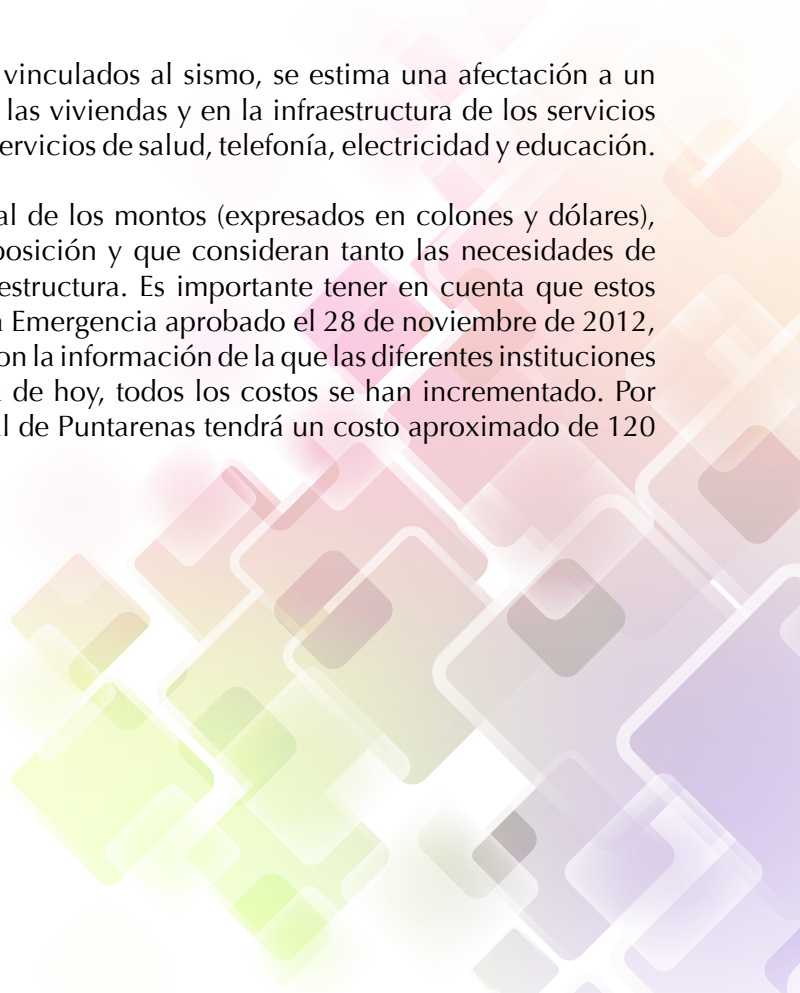
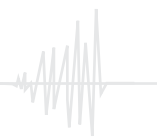
CANTONES BAJO DECLARATORIA DE EMERGENCIA – TERREMOTO DE NICOYA	
Provincia	Cantón
Alajuela	San Ramón, Grecia, Atenas, Naranjo, Zarceros y Valverde Vega.
Guanacaste	Liberia, Nicoya, Santa Cruz, Bagaces, Carrillo, Cañas, Abangares, Tilarán, Nandayure y Hojancha.
Puntarenas	Puntarenas y Montes de Oro.

Fuente: Plan General de la Emergencia. Terremoto de Nicoya, 5 de septiembre. Decreto de emergencia N° 37305.

En razón de los daños materiales directamente vinculados al sismo, se estima una afectación a un número de 280.000 personas, por los daños en las viviendas y en la infraestructura de los servicios públicos vitales como el suministro de agua, los servicios de salud, telefonía, electricidad y educación.

El siguiente cuadro presenta un resumen general de los montos (expresados en colones y dólares), consignados bajo el concepto de costos de reposición y que consideran tanto las necesidades de reparación como de reconstrucción de la infraestructura. Es importante tener en cuenta que estos costos fueron estimados en el Plan General de la Emergencia aprobado el 28 de noviembre de 2012, poco más de dos meses después del terremoto y con la información de la que las diferentes instituciones disponían en ese momento. Sin embargo, a día de hoy, todos los costos se han incrementado. Por ejemplo, solo la construcción del nuevo hospital de Puntarenas tendrá un costo aproximado de 120 millones de dólares.

³ Ídem.



RESUMEN GENERAL DE LOS COSTOS DE REPOSICIÓN POR REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA DEL TERREMOTO DE NICOYA

Infraestructura	Monto			
		Colones	Dólares	
Red vial (Nacional y Cantonal)	Carreteras	¢ 5.974.200.466,10	¢ 10.379.142.466,10	\$20.613.577,62
	Puentes	¢ 3.794.260.000,00		
	Alcantarillas y vados	¢ 610.682.000,00		
Sistemas de agua		¢ 561.573.655,00		\$1.115.317,78
Edificios públicos		¢ 4.656.908.930,00		\$9.248.890,65
Infraestructura de salud		¢ 12.621.470.125,00		\$25.066.970,12
Infraestructura de educación		¢ 8.171.085.021,38		\$16.228.247,74
Distrito de riego Arenal Tempisque		¢ 115.415.250,00		\$229.221,37
Vivienda		¢ 13.953.380.000,00		\$27.712.220,21
Daños atendidos como primer impacto		¢ 143.858.170,00		\$285.710,65
TOTAL		¢ 50.602.833.617,48		\$100.500.156,14

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan General de la Emergencia. Terremoto de Nicoya, 5 de septiembre. Decreto de emergencia N° 37305. Tipo de cambio utilizado para la conversión a dólares: 1 dólar - 503,51 colones (tipo de cambio de venta del Banco Central de Costa Rica al 5 de septiembre de 2012).

Los daños más relevantes se concentran en la infraestructura vial, salud, edificios académicos del Ministerio de Educación y en las viviendas. El monto de la infraestructura de salud también es alto, pero obedece principalmente a los costos derivados de la situación del Hospital Monseñor Sanabria. Sin embargo, es de reconocer que, aún y cuando se suprima la contabilidad del hospital dentro del Cantón de Puntarenas, éste seguirá siendo el cantón con la cifra mayor, particularmente por los daños que se generaron en el resto de distritos de la Península que son parte del mismo (Paquera, Cóbano y Lepanto).

LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

PARTE 1. EL MONSEÑOR SANABRIA, EL HOSPITAL QUE NO DEBIÓ FALLAR

Los hospitales y centros de salud son fundamentales para garantizar la atención de la población. En situaciones de emergencia, estas necesidades no solo continúan, sino que se acrecientan y los hospitales y centros de salud deben estar disponibles para continuar prestando atención, no solo a los pacientes que ya se encuentran en sus instalaciones, sino a todos aquellos derivados de la situación de emergencia. Por ende, perder un hospital tras una situación de emergencia es un problema de orden mayor con serias repercusiones sobre la población y la prestación de servicios.

Una de las principales consecuencias del terremoto de Nicoya fue la afectación del Hospital Monseñor Sanabria, uno de los edificios que resultó más dañado y que forma parte de la infraestructura esencial de Costa Rica.

El Hospital Monseñor Sanabria, conocido como el Hospital de Puntarenas, abrió sus puertas en 1974. Presta servicios a la región del Pacífico Central y, según datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), este hospital atendía antes del terremoto a una población adscrita de 256 mil personas y una indirecta de 260 mil.

“Las jefaturas utilizaron la misma estructura organizativa del hospital para responder. Sin embargo, lo más conveniente en situaciones de emergencias y desastres es simplificar esa estructura organizacional para facilitar la toma de decisiones”.

Dr. Daniel Quesada, Coordinador del Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

La decisión de evacuar

Evacuar o no un hospital es una decisión difícil y no exenta de consecuencias que debe ser tomada con la mayor información disponible. Una vez que se evacúa un hospital por una situación de emergencia, es muy difícil que los profesionales y los pacientes vuelvan a ingresar al centro, ya que se generan ciertas percepciones sobre su seguridad que es difícil contrarrestar, particularmente en el caso de un sismo. Además, los hospitales constituyen una muy alta inversión para el Estado y garantizar la continuidad de sus servicios es un aspecto fundamental.

A todo ello se suma que esta situación altera el funcionamiento de la red de servicios de salud y genera un impacto económico considerable para el país, durante meses e incluso años.

En el plan de emergencias del Hospital Monseñor Sanabria se consignaba que la evacuación del edificio era la última opción. Sin embargo, los daños en las escaleras principales pesaron notablemente en la decisión de evacuar. Además, se consideró que así se minimizarían otros riesgos inmediatos como las réplicas, la caída de objetos, paredes y otros.

Por otro lado, el factor psicológico también tuvo su importancia. Si bien los daños no afectaban a la parte estructural, algunos de ellos eran muy visibles, lo cual causó inquietud entre los pacientes y el personal.

En definitiva, se generó un sentimiento de que el hospital no era seguro y que había que evacuarlo para evitar la pérdida de vidas humanas. Fue necesario llevar a cabo diferentes evaluaciones por parte de bomberos, ingenieros de la CCSS, del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Seguros (INS) para verificar la situación del centro hospitalario.

Además, los daños no estructurales provocaron que el hospital quedara prácticamente inutilizado con un considerable costo para el sistema nacional de salud y para la población que se beneficia de sus servicios.

Analizar a posteriori la conveniencia de evacuar o no un hospital es tarea sencilla. Sin embargo, es necesario estar en la situación de crisis para saber cómo se actuaría. Lo que sí nos deja claro esta experiencia es que no confiaremos en nuestros hospitales mientras no estemos convencidos de que son hospitales seguros (a nivel estructural, no estructural y funcional) y que nuestros hospitales no resistirán a los desastres mientras no lo sean. Puede que el hospital no colapse, pero si no es un hospital seguro, tampoco podrá continuar prestando servicios.

La evacuación del Hospital Monseñor Sanabria trajo como consecuencia que se tuvieron que reorganizar todos sus servicios, la mayor parte fuera de sus instalaciones y en los centros y unidades de la red.

Reorganización y continuidad de servicios

“Tenemos que seguir trabajando, sobre todo en el reforzamiento de los centros hospitalarios que es a lo que nosotros más apostamos. Cuanto más reforzados estén, menos vulnerables van a ser y menos consecuencias tendremos, pero es un trabajo a largo plazo”.

Dr. Hellmuth Lobo Ávila, Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

De manera provisional, en un parqueo privado se activó un Centro Coordinador de Operaciones (CCO) para la toma de decisiones y para reorganizar la ubicación de los usuarios del Hospital. Sin embargo, en los talleres de lecciones aprendidas se señaló como una deficiencia el hecho de que hubiese jefaturas y colaboradores que llegaban al CCO sin formar parte del mismo, lo que generó cierta distorsión en su funcionamiento. Asimismo, se señaló la necesidad de mejorar la comunicación entre el Hospital Monseñor Sanabria y la Dirección Regional de Salud, vinculando a ésta a las reuniones del Centro Coordinador de Operaciones del Hospital.

De cara a la reorganización y continuidad de los servicios, se llevó a cabo un triage de los pacientes y, como resultado, se logró el egreso del 60% de los usuarios hospitalizados. Se hizo necesaria la coordinación con los hospitales de la red

para el envío de los usuarios. Asimismo, se procedió al traslado de algunos servicios a las áreas de salud más cercanas y a los hospitales de la red.

La movilización de los pacientes fue un problema porque no había disponibilidad de transporte. Algunos de los pacientes fueron trasladados al edificio del servicio de fisioterapia -frente a la torre del Hospital- que tuvo que desalojar sus áreas de trabajo para reubicarlos, con las consiguientes limitaciones en términos de estructura física, mobiliario, equipos e insumos. Por ejemplo, las camas del Hospital no se podían bajar porque los ascensores no funcionaban.

Además, la red no había previsto espacio para los pacientes de este Hospital y, en un principio, mantuvo los servicios habituales.

El flujo de pacientes que llegaba al resto de hospitales causó algunos problemas de organización y un cierto impacto en su funcionamiento, ya que, a la saturación propia de algunos centros, se sumó la afluencia de estos nuevos pacientes derivados del Hospital Monseñor Sanabria. Por ejemplo, en el caso del Hospital México (en San José) la transferencia de estos pacientes generó limitaciones en cuanto al espacio físico y el funcionamiento del centro hospitalario. Por su parte, el Hospital de La Anexión (en Nicoya), que solo sufrió daños en la consulta externa, también brindó apoyo a los pacientes del Hospital Monseñor Sanabria.

La coordinación para la transferencia y atención de los pacientes del Hospital Monseñor Sanabria se dio principalmente a nivel de la red de servicios de salud de la parte noroeste del país. Sin embargo, según los participantes en los talleres de lecciones aprendidas, esta es una lección por aprender y uno de los aspectos que se pueden mejorar, ya que, según sugieren, se debería haber coordinado con toda la red a nivel nacional.

Transcurrido un año desde el terremoto, se ha recuperado un poco más de la mitad de las camas del Hospital Monseñor Sanabria (130 de las 218 que tenía antes del terremoto) que se han habilitado en lugares alternativos como, por ejemplo, las bodegas del hospital, con una inversión de algo más de 2 millones de dólares. La atención de consultas externas y de emergencias también se ha recuperado. Por su parte, las salas de operaciones que no sufrieron daño estructural se repararon y remodelaron. Sin embargo, se ha dado un importante aumento del costo de día/cama (de 1000 a 2000 dólares, según la información proporcionada por la CCSS).

No obstante, a pesar de que la función médica del hospital se ha reorganizado, algunos de los participantes en los talleres señalaron que no se ha dado en las mejores condiciones y que persisten muchas limitaciones y dificultades. Asimismo, esta situación se va a sostener durante varios años, hasta que el nuevo hospital que se va a construir esté disponible.

Comunicación e información pública

Durante los días y semanas posteriores al terremoto, se experimentaron ciertas limitaciones en cuanto a la información pública. La información sobre la ubicación de los servicios y los horarios de atención se transmitía a través de medios de comunicación como la radio y también a través de las redes sociales, como Facebook. Asimismo, se activó un puesto de información externo para los pacientes y sus familiares. Sin embargo, esta comunicación no resultó del todo efectiva, ya que los usuarios llegaban y no sabían adónde tenían que acudir para sus citas.

La gestión con los medios de comunicación fue un aspecto complicado de la emergencia y tiene mucho que ver con la propia gestión de la crisis. En un primer momento, la CCSS habló ante los medios explicando que el hospital no presentaba daños estructurales. Si bien ese había sido el resultado de una de las primeras evaluaciones, las personas no familiarizadas con estos términos técnicos no entienden la extensión y significado de “daños estructurales”. Además, lo que las personas veían con sus propios ojos en Puntarenas y a través de los medios de comunicación en el resto del país era un hospital con algunos elementos de su fachada que, aun siendo ornamentales, se habían caído, así como otros desperfectos. Inclusive, algunos sectores consideraron que la CCSS estaba minimizando la situación del hospital y los daños sufridos por éste. Una comunicación pública más planificada y estratégica hubiera evitado esta situación.



Fachada del Hospital Monseñor Sanabria. CNE.

El futuro del Hospital Monseñor Sanabria y lecciones sobre hospitales seguros

Un año después de ocurrido el terremoto, se va a llevar a cabo la demolición de 7 pisos de la torre y la remodelación de 3 pisos en el edificio anexo. La Junta Directiva de la CCSS ha destinado un monto de 8 millones de dólares para garantizar las condiciones de seguridad y estabilidad en el inmueble actual durante las tareas de demolición y remodelación.

A inicios de octubre de 2012, apenas un mes después del terremoto, la presidenta de la República, Laura Chinchilla Miranda, anunció la construcción de un nuevo hospital para Puntarenas en un terreno en la comunidad de Barranca. El nuevo hospital tendrá un costo aproximado de 120 millones de dólares, financiados con una línea de crédito del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).

De hecho, según los datos de la CCSS se estima que el monto de las pérdidas en lo relativo a la infraestructura sanitaria como consecuencia del terremoto asciende a los veinte millones de dólares.

Con todos estos elementos en mente, viene de nuevo a la reflexión el tema de la seguridad hospitalaria y la necesidad de invertir en ésta. El Hospital Monseñor Sanabria forma parte del conjunto de hospitales costarricenses que habían sido evaluados por la CCSS a partir de 2009 utilizando el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Como producto de esta evaluación, había sido reforzado en sus aspectos estructurales, lo que contribuyó a que pudiera resistir el terremoto sin que se produjera su colapso y sin causar víctimas mortales. Además, con anterioridad a la evaluación del ISH ya se había realizado una primera intervención de reforzamiento.

La principal lección aprendida de lo sucedido en el Hospital Monseñor Sanabria es que invertir en seguridad hospitalaria es siempre una inversión rentable. Como se ha señalado, el coste posterior a la emergencia, tanto en la recarga sobre la red de servicios de salud, como en la rehabilitación del hospital y la reorganización de sus servicios, supera con creces el costo de la inversión en un hospital seguro.

En este sentido, los países deben seguir apostando por tener una política de hospitales seguros, capacitar equipos de evaluadores, evaluar sus instalaciones y efectuar las correcciones necesarias para asegurar que éstas sean seguras. Asimismo, los hospitales e instalaciones sanitarias de nueva

construcción también deberían cumplir con los requerimientos para ser considerados hospitales seguros frente a desastres.

Finalmente, el tema de los hospitales seguros también es un compromiso hacia los ciudadanos que piden y demandan infraestructuras de salud seguras como parte de su derecho a la salud, que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

PARTE 2. LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

La CCSS tiene estipulado que responde a las emergencias y desastres como red de servicios, lo que implica la alerta oportuna a los centros, unidades y niveles que brinden apoyo a las zonas impactadas por un evento adverso y la oportuna coordinación para el manejo de víctimas masivas y la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Si bien hubo algunas limitaciones que se señalarán posteriormente (en la parte de lecciones por aprender), en el contexto del terremoto de Nicoya, al quedar el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas fuera de servicio, se requirió la colaboración de otras áreas de salud que tuvieron que ampliar sus servicios.

En Nicoya se operó de manera similar. Apoyándose en sus áreas de salud, el Hospital La Anexión se pudo descongestionar y llevar a cabo una evaluación de daños oportuna para remitir la información a las entidades encargadas de solucionar la afectación que había sufrido como consecuencia del terremoto.

Sobre el impacto de la situación del Hospital Monseñor Sanabria en las áreas de salud, se destacaron los siguientes aspectos:⁵

- La utilización de presupuesto ordinario para la atención de la emergencia podría generar ciertos vacíos en la planificación general de las áreas de salud.
- La cancelación o disminución de consultas como cirugías menores, visitas domiciliarias y terapia física, podría tener un cierto impacto a largo plazo en el acceso a servicios de salud por parte de la población.
- El aumento de los costos administrativos para la CCSS en las consultas de las áreas de salud.
- La sobrecarga de los servicios de salud al recibir pacientes de otros lugares.
- El impacto en el trabajo de los funcionarios por su reubicación y recargo de funciones.
- Ciertas limitaciones administrativas en la reposición de los insumos y suministros.
- Tiempos de respuesta lentos o no adaptados a las circunstancias en lo relativo al apoyo e intervención institucional (ej. Dirección de Presupuesto, Dirección de Logística, etc.).

“Consideramos que se respondió de forma oportuna, cambiando la mentalidad de la atención de pacientes, no en un único sitio, sino con una visión de red de servicios de salud, donde nos apoyamos en las diferentes áreas de salud, diferentes EBAIS... para dar el apoyo a un centro médico que en ese momento resultó afectado. Además, esta forma de trabajar nos permitió alertar a los centros aledaños para que nos permitieran recibir pacientes o darles atenciones lo más oportunas posibles”.

Dr. Hellmuth Lobo Avila, Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

5 Información extraída del taller interno de lecciones aprendidas con funcionarios de la CCSS, efectuado el 16 de mayo de 2013.

CAPÍTULO 3

DE LAS LECCIONES APRENDIDAS Y QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

En todos los procesos de recopilación de lecciones aprendidas hay lecciones que realmente sí se aprendieron y otras que, aunque se identificaron como lecciones a aprender, nunca fueron asimiladas.

En esta sección haremos un repaso de algunas de las lecciones que son producto de la revisión y sistematización de muchas emergencias en Costa Rica para extraer las que sí se han aprendido y que no conviene olvidar.

Existencia y cumplimiento de los códigos de construcción

La primera gran lección que ha aprendido Costa Rica es que la existencia y cumplimiento de los códigos de construcción es fundamental. A diferencia de otros países de la región, Costa Rica ha logrado limitar su vulnerabilidad a través del cumplimiento eficaz de estos códigos. Durante el terremoto de Nicoya, el daño en estructuras públicas, según el Laboratorio de Ingeniería Sísmica de la Universidad de Costa Rica, se catalogó como de leve a moderado. No se observó colapso estructural y se considera que las estructuras, en términos generales, cumplieron con los objetivos de desempeño del Código Sísmico de Costa Rica en su versión de 2010 (CSCR-10).

Política de reducción de riesgo y preparativos para desastres

En segundo lugar, la necesidad de disponer de una política de planeamiento para enfrentar los desastres. Desde los huracanes Gilbert y Joan en 1988 y los sismos de 1990-91 (Cóbano, Puriscal, Alajuela, Limón, etc.) ha sido clara para el gobierno costarricense la urgencia de establecer una política de planeamiento para reducir el riesgo. Este proceso culminó con la aprobación en el año 2006 de la Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, la Ley 8488, en cuyo artículo 5 se establece que “la política de gestión del riesgo constituye un eje transversal de la labor del Estado Costarricense; articula los instrumentos, los programas y los recursos públicos en acciones ordinarias y extraordinarias, institucionales y sectoriales, orientadas a evitar la ocurrencia de los desastres y la atención de las emergencias en todas sus fases”.

Adicionalmente, la propia Ley establece en su artículo 7 que el instrumento para operativizar la política es el Plan Nacional de Gestión del Riesgo, “como instrumento de planificación estratégica, que permita la articulación sistémica e integral de los programas parte de los Subsistemas y, además, la delimitación de las competencias institucionales, la asignación de recursos, la organización y los mecanismos de verificación y control”.

Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades (EDAN)

La EDAN será mencionada tanto en esta sección de lecciones aprendidas como en la de las lecciones por aprender. Lo que se ha aprendido a lo largo de estos años es que debe ser un proceso interinstitucional y que la información debe ser compartida para evitar duplicidades y potenciar las sinergias.

Por ejemplo, para llevar a cabo las evaluaciones de daños en Nicoya se organizaron equipos interinstitucionales con funcionarios del Ministerio de Salud, de la CCSS, de la Municipalidad y de Bomberos. Se utilizó el formulario para EDAN de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), el cual se complementó con otros formularios específicos atendiendo a necesidades concretas como la inhabilitación de edificios, así como otros aspectos propios de salud.

En el caso del cantón de Valverde Vega, en las evaluaciones de las casas trabajaron de manera conjunta el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Ministerio de Salud. De esta manera, y como reconocen los evaluadores, no se duplicaron los esfuerzos, ya que el Ministerio de Salud llevaba a cabo la valoración de las casas de habitación para lo relativo a la emisión de las declaratorias de inhabilitabilidad y el IMAS, por su parte, tenía a cargo el registro de aquellas familias a las que había que otorgar un alquiler. Con esta dinámica de trabajo se consiguieron atenciones más “precisas, prontas y específicas”, como reconocen funcionarios del Ministerio de Salud.

Salud mental

El tema de la salud mental será abordado tanto en referencia a las lecciones aprendidas como a las lecciones por aprender.

En el contexto del terremoto del 5 de septiembre de 2012 se activó de forma oportuna el Comité Asesor Técnico de Atención Psicosocial (CATAPS), creado por la CNE siguiendo el mandato del artículo 10 de la Ley 8488, e intervinieron brigadas de apoyo psicosocial en el campo. Este trabajo se enmarca en la Política Nacional de Salud Mental de Costa Rica 2012-2021, que incluye en su eje ambiental el subtema de los fenómenos naturales y antrópicos y establece como lineamiento que “los responsables directos de atender los problemas de salud mental asociados a los eventos adversos de origen natural y antrópico, deberán articular acciones para dar una respuesta oportuna y efectiva en las distintas etapas de estos acontecimientos para el fortalecimiento de la salud mental” y establece como acciones la “atención integral a los sobrevivientes por desastres naturales y antrópicos, por parte de las brigadas de emergencias acreditadas ante la CNE, aplicando los protocolos validados por la Comisión Nacional de Salud Mental y el CATAPS”.⁶



Apoyo psicosocial. Cruz Roja Costarricense.

6 Costa Rica. Ministerio de Salud (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021: “De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”. San José, Costa Rica. El Ministerio.

En este sentido, el trabajo de los Comités Asesores Técnicos en “tiempos de paz” es importante y relevante. El trabajo previo del CATAPS sirvió para actualizar y socializar protocolos, capacitar a las brigadas y a la comunidad y desarrollar diferentes actividades que han permitido que estén preparados.

Trabajar con enfoque de red de servicios de salud

Otra de las lecciones aprendidas es la visión de que hay que trabajar con enfoque de red de servicios de salud.

Si bien hubo algunas limitaciones que se señalarán posteriormente (en la parte de lecciones por aprender), en el contexto del terremoto de Nicoya las diferentes áreas de salud prestaron apoyo al Hospital Monseñor Sanabria.

En Nicoya se operó de manera similar. Apoyándose en sus áreas de salud, el Hospital La Anexión se pudo descongestionar y llevar a cabo una evaluación de daños oportuna para remitir la información a las entidades encargadas de solucionar la afectación que había sufrido como consecuencia del terremoto.

La solidaridad, un valor en alza

La solidaridad es un valor en alza en la gestión de las emergencias y los desastres. En el caso de Puntarenas, los participantes en el taller de lecciones aprendidas señalaron que las instituciones y empresas a nivel local tuvieron una muy buena disponibilidad para colaborar a través de la provisión de toldos, agua y camiones, entre otros recursos, casi de forma inmediata.

Asimismo, una buena parte del personal del Hospital Monseñor Sanabria al que ese día no le correspondía trabajar, se trasladó al centro hospitalario para ofrecer su trabajo voluntario para la atención de la emergencia. Por ende, se deben fomentar y resaltar siempre estos ejemplos como lecciones aprendidas.

DE LAS LECCIONES QUE SEGUIMOS SIN APRENDER

En muchos de los procesos de recopilación de lecciones aprendidas y de reconstrucción de las experiencias vividas frente a los desastres nos encontramos con temas que son recurrentes pero que, sin embargo, no se terminan de asimilar y de aprender para no repetir los mismos errores.

El objetivo de esta sección es consolidar algunas de esas lecciones que se rescataron, pero que no se aprendieron y que siguen siendo un problema a la hora de gestionar las emergencias y los desastres.

Coordinación

El tema de la coordinación es fundamental en la respuesta a emergencias y desastres. Sin embargo, esta coordinación debe estar bien planteada en los protocolos y procedimientos y, además, debe ser del conocimiento de todos los actores involucrados. En el terremoto de Nicoya, los aspectos de coordinación presentaron algunas debilidades.

Los asistentes al taller de lecciones aprendidas en Nicoya señalaron varios aspectos relevantes y que tuvieron un impacto en la coordinación:

- la no activación del Comité Regional de Emergencias de la Región Chorotega, lo cual dificultó la coordinación de las acciones sobre el terreno. Esto tuvo una incidencia directa en el flujo de información a nivel regional entre las diferentes instituciones vinculadas a la respuesta. En el nivel local sí hubo participación de los representantes de las distintas instituciones vinculadas a la respuesta.
- la complejidad de mantener una óptima coordinación entre el nivel local, regional y central.

En Puntarenas también se señaló como una debilidad el hecho de que no se activase el Comité Regional de Emergencias. Asimismo, el Comité Municipal de Emergencias adoleció de la presencia de representantes de todas las instituciones. De hecho, este último aspecto fue señalado también por los participantes de los otros talleres. A pesar de que cada institución debe contar con un representante en estas instancias de coordinación, en algunos momentos la presencia de estos representantes no era la deseada, bien porque la institución no contaba con suficiente personal o porque se convocaba a reunión durante el fin de semana, lo cual es habitual en una situación de emergencia. Este aspecto también ralentizó la coordinación.

En Alajuela sí se activó el Comité Regional de Emergencias, lo que permitió trasladar a San José las necesidades que no se podían solventar a nivel regional.

En Costa Rica los procedimientos operativos establecen que, cuando hay una situación de emergencia que afecta a seis cantones en una misma región, el Comité Regional de Emergencias se debe activar.



COE reunido en San José. CNE.

Adicionalmente, y en términos más generales, durante los talleres de lecciones aprendidas algunas instituciones señalaron estos otros aspectos que también afectaron la coordinación:

- Fallaron las líneas de mando.
- Ausencia de protocolos que permitiesen clarificar procesos, funciones y responsabilidades, así como optimizar los recursos existentes.
- Coexistencia de diferentes instrumentos para la recopilación de la información, lo cual generó incertidumbre en los equipos que trabajan en el terreno.
- Debilidad de la estructura de coordinación comunal, municipal y regional.

“La implementación de los planes de emergencia sigue siendo una debilidad. En este caso, los planes no eran conocidos por todos los principales actores en la toma de decisiones. Por ello, una conclusión es que hay que capacitar también a los directores, administradores y principales jefaturas”.

Dr. Daniel Quesada, Coordinador del Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

La Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo N° 8488 de Costa Rica establece que los alcaldes son los coordinadores de los Comités Municipales de Emergencias. Uno de los alcaldes que participó en los talleres de lecciones aprendidas explicó que esto presenta la dificultad de que, cuando terminan su periodo al frente de los municipios, el bagaje que han adquirido en el tema de gestión del riesgo y respuesta a emergencias y desastres se pierde. Los nuevos alcaldes deben comenzar a familiarizarse con estos asuntos. Uno de los principales desafíos es cómo transmitir este legado institucional. Además, en situaciones de emergencia el rol de los alcaldes es fundamental ya que si el alcalde no tiene claro el camino a seguir, la atención de la emergencia se complica. Por ello se sugiere disponer de un protocolo básico de acción para los alcaldes.

En un sentido más amplio, también es importante señalar, como manifestó uno de los alcaldes que participó en los talleres, el trabajo de la recientemente creada Unidad de Normalización y Asesoría de la CNE, producto de un proceso integral de fortalecimiento institucional. Esta Unidad busca concienciar a los funcionarios de las municipalidades sobre la importancia de trabajar en el tema de gestión del riesgo para fomentar la reducción de riesgo como una práctica cotidiana en las estructuras municipales, con énfasis en la incorporación de esta variable en los instrumentos de planificación y definición del presupuesto municipal.

Como principales lecciones por aprender o aspectos a mejorar en el tema de la coordinación, habría que destacar las siguientes:

- Es necesaria una mejor articulación entre los niveles locales y regionales.
- Deben definirse y articularse mejor las responsabilidades de cada institución en los niveles mencionados, dónde comienza y termina la responsabilidad de cada una, con énfasis en aquellas tareas o actividades cuya responsabilidad no está claro a quién corresponde. En un escenario de emergencia, no se puede comenzar a definir y delimitar responsabilidades que deberían estar claras de antemano, aunque muchas veces sí lo está en las leyes que crean las diferentes instituciones.
- Los alcaldes y alcaldesas juegan un papel fundamental y, por ende, necesitan tener mucha claridad en el protocolo a seguir. Además, deben comprender que es una responsabilidad inherente al cargo, por lo que, de manera proactiva, deben buscar la información necesaria.
- Es necesario conocer y utilizar los protocolos, procedimientos y lineamientos (MACOE, FOCAL, FOSIDERE, Reglamento de los Comités de Emergencia, Sistema de Comando de Incidentes...) que permitan mejorar la participación de las diferentes instituciones en la atención de la emergencia, así como trabajar de una manera más fluida.
- Necesidad de revisar, actualizar y divulgar los planes locales de emergencia.
- A nivel de cada institución, deben estar claros los Lineamientos Estándar de Operación (LEO) y los procedimientos operativos para situaciones de emergencia.

“Entre las principales lecciones por aprender figura la necesidad de una mejor articulación entre el nivel local y regional. También hay que señalar las comunicaciones. La emergencia genera mucho estrés ante la pérdida de comunicaciones y se dio una pérdida de comunicación total con algunas zonas, lo que es mejorable. En tercer lugar, el asegurarse de que todos los formularios, protocolos y procesos sean conocidos por todos los actores y definir y delimitar bien las responsabilidades de cada uno de éstos”

*Dr. Carlos Roberto Garzón,
Asesor Subregional del Programa
de Emergencias y Desastres de la
Organización Panamericana de
la Salud (OPS/OMS).*

Sistemas de comunicación

Una importante debilidad en la atención de emergencias y desastres es el tema de las comunicaciones.

Como sucede en la mayor parte de las emergencias por terremotos, la red telefónica es lo primero que falla. En el terremoto del pasado 5 de septiembre, la red también colapsó.

Algunos de los participantes en los talleres de lecciones aprendidas manifestaron la necesidad de asegurar un sistema alternativo de comunicación que funcione en cualquier tipo de emergencia.

En lo relativo a la comunicación por radio, a nivel de la CNE opera una red de radio interinstitucional, a través de la cual se pueden comunicar las instituciones de primera respuesta del país.

En el caso de la CCSS, el tema de las comunicaciones también fue señalado como una de las grandes debilidades de la institución.

El Hospital Monseñor Sanabria contaba con un sistema de radio que le permitió organizarse momentáneamente y después recibió apoyo con equipos externos. Sin embargo, no todos los centros médicos están en comunicación a nivel nacional. No todas las clínicas disponen de un equipo de radio ni tampoco se cuenta con este tipo de comunicación en el caso de los puestos que están fuera de las clínicas. Existe una red de radio que comunica a todos los hospitales del país, que es parte de un convenio entre la CCSS y la CNE, cuya operación y mantenimiento asume esta última. Esta red se compone de 58 radios que comunican a 29 hospitales y a las áreas de salud más críticas. Sin embargo, el país cuenta con más de 540 áreas de salud. Por ende, el tema de las comunicaciones es un aspecto fundamental a fortalecer por parte de la CCSS.

También hay que incluir en esta parte un aspecto de capacitación. En algunos casos en los que sí se disponía de equipos de radio, éstos no se utilizaron. Esto implica que no solo es necesario que los equipos estén disponibles, sino que se capacite a las personas que, en una situación de emergencia, tendrán que establecer comunicación a través de éstos. En comunidades aisladas, esta comunicación puede marcar la diferencia a la hora de canalizar las necesidades existentes.

El Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) está trabajando en un plan que permitirá que se activen las comunicaciones mucho más rápido en situaciones de emergencia. Este plan, a cuya implementación conviene dar seguimiento, podría beneficiar de manera muy importante la respuesta a emergencias y desastres facilitando las comunicaciones. Asimismo, la CNE está implementando una red alterna satelital para unir a las principales instituciones de respuesta en caso de que la red nacional telefónica colapse.

La comunicación e información pública en la emergencia

La coordinación con los medios de comunicación representa una y otra vez un auténtico desafío para las instituciones en situaciones de emergencias y desastres. En el terremoto del pasado 5 de septiembre de 2012, los mismos problemas ya reconocidos en situaciones anteriores volvieron a aflorar.

Por un lado, y de parte de las instituciones, un aspecto a recalcar en este evento fue el tema de los voceros. En este tipo de situaciones debe existir una voz autorizada para hablar con los medios, ya que la multiplicidad de personas y de mensajes provoca distorsiones y confusión. En muchas ocasiones, el exceso de protagonismo y la ausencia de directrices claras al respecto merman esta máxima y provocan una imagen débil o de ineficiencia de la institución a cargo de la respuesta. En algunas instituciones como, por ejemplo, la CCSS, existe un protocolo de voceros y se ha capacitado al personal, pero es necesario recalcar la necesidad de cumplir con el citado protocolo e insistir en los procesos de capacitación.

En cuanto al manejo de rumores, la alerta por tsunami, distribuida de forma masiva por las redes sociales y por medios de comunicación colectiva a nivel nacional, produjo mayor estrés en la población costarricense. Esto contribuyó al colapso de la red de telefonía y a generar una importante inquietud y miedo en la población. Transcurridas varias horas después del terremoto, y de acuerdo con la revisión de mareógrafos en el Pacífico, el Pacific Tsunami Warning Center (PTWC) canceló todas las alertas de tsunami para este evento.⁷

“Por poner un ejemplo: nosotros levantamos un listado de las personas afectadas con un instrumento que tenía el Ministerio de Salud. A los dos días, llega otro instrumento de la CNE y a los dos días llega otro del Ministerio de Salud. Al final no sabíamos qué instrumento utilizar y cuál era el válido para tomar la información para identificar las familias y los grados de afectación que teníamos. Este incidente me da a entender que en el país no está claramente definido cómo entrar a atender y bajo qué protocolo”.

*Luis Antonio Barrantes Castro,
alcalde del cantón de Valverde
Vega y coordinador del Comité
Municipal de Emergencias.*

Un aspecto fundamental es la información de cara a la comunidad. En los talleres de lecciones aprendidas se manifestó que no está establecido un ente encargado de emitir la información a la comunidad de las acciones de la red de servicios de salud.

La gestión de información para la toma de decisiones

La disponibilidad de la información es un activo fundamental en la gestión de las emergencias y los desastres, ya que es clave para saber hacia dónde dirigir las acciones y canalizar los recursos existentes. Además, hoy en día este aspecto es más relevante que nunca, dada la fluidez con la que circula la información gracias a las nuevas tecnologías e Internet. En cuestión de minutos y al otro lado del planeta, se puede saber lo que está pasando en Costa Rica.

Este tema ya había fallado durante el terremoto de Limón en 1991. En ese evento la información fluyó dispersamente y no sistemáticamente y, por otro lado, no fue claro quién tenía la responsabilidad de ofrecerla y hacerla circular.⁸

Uno de los aspectos que se señalaron en los talleres de lecciones aprendidas del terremoto de Nicoya fue que, si bien algunas instituciones recolectaban datos e información valiosa, no se llevaba a cabo un adecuado flujo al resto de niveles e instituciones, necesario para la toma de decisiones.



Análisis de información. Cruz Roja Costarricense.

7 Según la información de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) (2012). Plan General de la Emergencia: Terremoto Sámara. San José, Costa Rica. CNE.

8 Bermúdez, Marlen (1994). El manejo institucional y percepción de la población en el terremoto de Limón. Revista Geológica de América Central: Volumen especial: Terremoto de Limón, 211-224.

En este sentido, es importante destacar lo relativo a los informes de situación. El terremoto de Nicoya puso de manifiesto la dificultad de muchas instituciones a la hora de producir y circular informes de situación. No es razonable que 48 horas después de ocurrido un evento todavía no haya informes de situación disponibles por parte de algunas instituciones.

También es fundamental la unificación de los formatos, protocolos y procesos para la recopilación de la información y su conocimiento por parte de las instancias y funcionarios encargados de aplicarlos.

Otra de las dificultades o lecciones por aprender en este ámbito es el evitar la duplicidad de la información. Por ejemplo, en lo relativo a las Evaluaciones de Daños y Análisis de Necesidades (EDAN), algunas se hicieron por duplicado y sin retroalimentar a las autoridades locales. El hecho de que dos equipos diferentes acudieran a evaluar un mismo lugar impactó negativamente sobre el uso eficiente de los recursos disponibles y ralentizó la respuesta. Esta situación pudo motivarse por el hecho de que algunos de los equipos de evaluación acudían al terreno sin haber coordinado previamente sus intervenciones en la zona afectada con el respectivo Centro Coordinador de Operaciones a nivel municipal.

“La gestión de la información es un eje de apoyo fundamental. La estructuración y sistematización de la información se torna muy importante, ya que facilita la toma de decisiones, el control de la emergencia y la transferencia de información a los diferentes niveles”

Dr. Daniel Quesada, Coordinador del Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Reorganización y continuidad de los servicios de salud

Como se ha mencionado anteriormente, en situaciones de emergencias y desastres se opera como red de servicios.

Siguiendo este esquema, en el caso de Puntarenas, al quedar el Hospital Monseñor Sanabria fuera de servicio, se requirió la colaboración de otras áreas de salud que tuvieron que ampliar sus servicios. Los participantes en los talleres señalan que la mayor dificultad fue la falta de espacio para brindar los citados servicios, la disponibilidad de presupuesto, la movilización del personal y de los pacientes, así como la logística. Una de las debilidades que destacaron es el hecho de que la reorganización que se requirió por parte de las clínicas no se hubiera contemplado previamente en los planes de emergencia. Asimismo, algunos señalaron que, pese a que estas situaciones generan una mayor demanda de recursos, por ejemplo, a nivel de recursos humanos y financieros, no se les proporcionó el apoyo necesario.

“Sabemos que en una emergencia hay muchas situaciones graves, pero hay unas más que otras y el saber enfocar los recursos es un reto muy importante. Para ello es fundamental evitar la duplicidad de la información. Es muy común que dos o más instituciones generen la misma información y hay que maximizar esos esfuerzos hacia lo que realmente falta por cubrir”

Patricia Carrillo Jácamo, Dirección Regional Central Occidente, Unidad de Regulación de la Salud. Ministerio de Salud.

Los asistentes a los talleres mencionaron la importancia de que los planes hospitalarios estén actualizados y sean de conocimiento del personal del hospital y de los responsables de las diferentes áreas.

Otro aspecto que señalaron fue que, si bien resultaron oportunas las acciones inmediatas, no así las realizadas

semanas y meses después del impacto del evento, ya que se han mantenido algunos servicios de salud trabajando en condiciones muy complicadas y de riesgo, sin prestar la atención adecuada a las necesidades fitosanitarias, lo que afecta notablemente la calidad del servicio. En este sentido, es fundamental la fiscalización de los entes correspondientes sobre la calidad en la prestación de los servicios y la definición sobre cuánto tiempo es adecuado o aceptable el prestar un servicio con estas limitaciones.

En cuanto al impacto de la reorganización de los servicios de salud, por ejemplo, el servicio de emergencias del Hospital México sufrió algunas limitaciones tanto en su funcionamiento como en su espacio físico. De hecho, los hospitales de la red siguen, a la fecha de elaboración de esta publicación, recibiendo pacientes del Hospital Monseñor Sanabria. En este sentido, es necesario poder prever y planificar con antelación la organización de la red para asegurar la colaboración con el hospital o centro de salud afectado, pero evitando que una situación de este tipo impacte en la atención que se brinda al usuario, máxime meses después de ocurrido el evento.

En algunos de los talleres, se manifestó la necesidad de disponer de infraestructuras móviles para ubicar personal, consultorios y salas de espera, entre otros, en mejores condiciones cuando se da una situación de emergencia.

Vigilancia de la calidad del agua

La situación sanitaria y el acceso al agua segura en la zona de impacto inciden absolutamente en las condiciones de salud de sus habitantes. Por esa razón se deben poner en acción los planes operativos elaborados durante los preparativos, para lo cual se requiere en primera instancia realizar una evaluación de daños y análisis de necesidades en los sistemas de agua y saneamiento.

La evaluación de daños y análisis de necesidades servirá para hacer un diagnóstico cualitativo y cuantitativo del estado de funcionamiento y operatividad de los sistemas y servicios, las medidas necesarias para su pronto restablecimiento, así como las posibilidades de brindar alternativas a la población afectada mientras se recuperan los servicios.

El Ministerio de Salud debe realizar obligatoriamente la vigilancia de la calidad de las aguas de todo el país y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), como ente rector en materia de agua potable y recolección y evacuación de aguas negras y residuos líquidos industriales, ejerce el control de dichas aguas. El Laboratorio Central del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados está designado como el Laboratorio Nacional de Aguas para la realización de los estudios técnicos y análisis necesarios requeridos por el Ministerio de Salud y para brindar al Ministerio la asesoría técnica que requiera.⁹

Durante la situación de emergencia por el terremoto de Nicoya, el tema de la vigilancia de la calidad del agua resultó complejo. Los participantes en el taller de Puntarenas señalaron que uno de los problemas principales detectados en esta zona fue la existencia de una tubería antigua que colapsó en varias partes. Se contrataron 15 cisternas para el suministro de agua pero, al parecer, no fueron suficientes. En este sentido, la conservación y mantenimiento de la infraestructura para el suministro de agua se convierte en un aspecto esencial.

9 C.R. Leyes y Decretos. 1997, 9 de junio. Decreto No. 26066-S: Designa el laboratorio de AyA como el laboratorio nacional de aguas. San José, Costa Rica. La Gaceta No. 109.

Una de las mayores dificultades fue la relativa a la información a la población. Ante la ausencia en el suministro de agua, muchos ciudadanos contactaban con el Área Rectora del Ministerio de Salud para consultar cuándo pasarían las cisternas. Sin embargo, el tema del suministro es competencia del AyA. En este punto hubiera sido necesaria y deseable una comunicación mucho más oportuna y fluida con la población.

Generación de capacidades

Es sobradamente conocido que la primera respuesta a una situación de emergencia o desastre se da en el nivel local. El accionar de la comunidad es fundamental para afrontar el impacto de las emergencias y comenzar a organizar la respuesta en apoyo a los afectados.

En este sentido, mantener las capacidades actualizadas a nivel local es básico. Una lección a aprender es que mejorar la capacitación y la formación de manera permanente debe ser un esfuerzo sostenido en el tiempo y que, además, brinda resultados cuando se da una situación de emergencia.

Los participantes en los talleres de lecciones aprendidas señalaron que es necesario mejorar la capacitación de los comités comunales y municipales. En concreto, en el taller celebrado en Puntarenas, se mencionó que faltan simulaciones, en especial en los Comités Municipales de Emergencias. Señalan que muchas veces se actúa siguiendo el sentido común, pero no se hacen evaluaciones post a fin de revisar y mejorar los planes. Otra deficiencia señalada es que muchas de las invitaciones y ofertas de capacitación no llegan a las unidades pequeñas, a las subsedes.

Salud mental

En las situaciones de emergencias y desastres, el tema de la atención en salud mental suele estar enfocado a la fase inmediatamente posterior a la situación de emergencia o desastre. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que los efectos de las emergencias y desastres sobre la salud mental de las poblaciones no se dejan sentir, en algunos casos, hasta semanas y/o meses después de ocurrido el evento. En ese caso, es necesario hacer un esfuerzo para que las acciones y recursos de apoyo en esta materia no se limiten solo a los primeros días de la emergencia y permitan una asistencia sostenida a los afectados.

Algunos de los participantes en los talleres señalaron que, aunque se dio apoyo en el tema de salud mental, se hubiera necesitado disponer de más profesionales movilizados para trabajar en este ámbito.



Apoyo psicosocial. Cruz Roja Costarricense.

En este sentido, es importante la capacitación de recursos locales (psicólogos, trabajadores sociales...) en este tema, de manera que puedan brindar una primera respuesta y cubrir las necesidades. Es cierto que a nivel local existen menos recursos humanos. Sin embargo, cuando los haya (por ejemplo, a nivel de un área de salud) deben estar previamente preparados para poder afrontar una situación de este tipo. En este sentido, es necesario que las diferentes disciplinas relacionadas con el tema (psicólogos, trabajadores sociales...) puedan trabajar de manera conjunta aplicando los protocolos existentes en función de sus competencias. Y que, según

señalaron algunos participantes en el taller de Nicoya, estos protocolos de intervención post-catástrofe estén basados en evidencia científica.

Finalmente, el tema de la atención en salud mental no afecta únicamente a la población víctima del terremoto. En el caso del Hospital Monseñor Sanabria se detectó que algunos funcionarios tenían estrés e intolerancia a la nueva situación, que se reflejaba en pánico cuando se tenían que movilizar al edificio principal del hospital, así como trastornos del sueño.

“Hay un punto específico que nos faltó y fue la parte de la contención emocional de las personas, sobre todo de aquellas que habían perdido sus viviendas, con el trauma que eso conlleva”.

Laura Pérez Abarca. Área Rectora de Salud de Valverde Vega.

Presupuestar pensando en la atención de las emergencias y desastres

Los participantes en los talleres señalaron que siguen existiendo muchas debilidades a la hora de incluir en los presupuestos de las diferentes unidades de las instituciones los posibles gastos para la atención de emergencias y, en algunos casos, aun existiendo esos fondos, existe desconocimiento sobre cómo acceder a éstos.

Por otro lado, en algunas instituciones no existe un control para utilizar un presupuesto específico para emergencias, lo que provoca que algunas de sus áreas utilicen su presupuesto ordinario, previamente destinado a cubrir otras necesidades.

OTRAS LECCIONES POR APRENDER

Al margen de las ya mencionadas, en los talleres también se resaltaron otras lecciones por aprender. Las relatamos a continuación:

Transporte de pacientes

El transporte de pacientes fue especialmente importante en el terremoto de Nicoya, en el que el Hospital Monseñor Sanabria tuvo que ser evacuado y sus pacientes trasladados a otros centros y unidades.

Sin embargo, en general, en las emergencias y desastres, y sobre todo en aquellas con víctimas en masa, este aspecto se torna fundamental.

En los talleres de lecciones aprendidas se habló de la necesidad de mejorar y fortalecer lo relativo al transporte de pacientes: aumentar el número de ambulancias y disponer de una mayor capacidad de unidades para el traslado. En el caso de la CCSS, se consideró fundamental fortalecer esta capacidad, ya que una parte del traslado de los pacientes habitualmente lo llevan a cabo instituciones externas de primera respuesta y que requieren poder disponer de sus recursos para el manejo de pacientes o víctimas externamente, es decir, los que no se encuentran ya en los centros hospitalarios. Algunos funcionarios de la CCSS señalaron la necesidad de fortalecer la flotilla de esta institución y, específicamente, de los diferentes centros médicos, áreas de salud y hospitales.

Control y regulación de vías públicas

Durante las situaciones de emergencias y desastres, la cuestión del acceso es fundamental a la hora de trasladar a los heridos o de que los equipos de respuesta desplazados puedan ingresar a la zona afectada con efectivos y material de apoyo.

El establecimiento de un perímetro en los alrededores del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas facilitó el control y la regulación de las vías públicas.

No obstante, en una situación de emergencia o desastre mayor, en el caso concreto de Puntarenas, se considera que el “cuello de botella” que representa la Angostura podría ser un problema mayor. Algunos de los participantes en el taller señalaron la conveniencia de abrir un tercer carril.

En cualquier caso, este es un aspecto que debe ser tenido en consideración y que ha de planificarse con antelación, sobre todo en aquellos lugares con dificultades de acceso que puedan repercutir en la efectiva atención de la emergencia y/o desastre.

Manejo de cadáveres

El manejo de cadáveres no fue un tema relevante en la atención del terremoto del pasado 5 de septiembre, ya que no se registraron víctimas mortales. Si bien es competencia del Organismo de Investigación Judicial, los participantes en los talleres señalaron que es un tema sobre el que hace falta mayor capacitación.

En el supuesto de una emergencia o desastre con un elevado número de víctimas también sería conveniente hacer una reflexión sobre si el país tendría la capacidad necesaria para su manejo y si los protocolos en este sentido están claros.

En el caso del cantón de Grecia, como consecuencia del terremoto, algunas de las tumbas se abrieron y fue necesario establecer una coordinación con los familiares para el traslado de los cadáveres a otro cementerio.

Vivienda

El tema de la vivienda fue un aspecto medular y de gran impacto en la atención de la emergencia por el terremoto del 5 de septiembre.

De hecho, los costos más elevados de reparación y reconstrucción que se han cuantificado corresponden a este rubro.

La declaratoria de inhabilitación de las viviendas es competencia del Ministerio de Salud, que realiza una revisión de las mismas con un equipo de profesionales. Fruto de esta revisión, se puede ordenar la demolición o el cierre parcial o total de un edificio. Según los participantes en los talleres de lecciones aprendidas, la atención a esta problemática se llevó a cabo de manera lenta por la coordinación y la capacidad de respuesta.

Además, fue un aspecto no exento de controversia entre el Ministerio y algunas municipalidades. Uno de los alcaldes que asistió a los talleres de lecciones aprendidas señaló que algunas de estas revisiones no las hacían ingenieros, sino profesionales de otras disciplinas (por ejemplo, trabajadores sociales). Esto desató las críticas de algunas municipalidades que consideraban que era necesaria la presencia en las evaluaciones de profesionales con perfil de arquitecto y/o ingeniero.

Por otro lado, el Ministerio de Vivienda ha puesto en marcha un Programa de Reparaciones Municipales, que permite que las municipalidades puedan girar fondos directamente a las familias para la reparación de sus viviendas, de manera que el proceso sea más rápido.

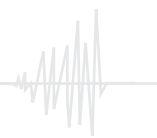


Daños en las viviendas. Cruz Roja Costarricense.

Acceso y divulgación de las lecciones aprendidas

Es frecuente que, una vez superado el evento, se vuelva a la normalidad y se olviden los principales aprendizajes que este dejó. Sin embargo, es necesario reflexionar con calma para analizar qué se hizo bien, qué se puede mejorar y cómo, desde que concluye una situación de emergencia, podemos implementar ciertas acciones que permitan una respuesta más efectiva en una nueva situación similar.

Para ello es importante tener una actitud proactiva. Por ejemplo, los propios comités de emergencia y las diferentes instituciones involucradas en la respuesta se pueden reunir una vez pasado el evento -tanto de forma conjunta como a nivel interno- para analizar las fortalezas y debilidades de la atención de la emergencia, a fin de mejorar sus futuras actuaciones. De hecho, esto ya está contemplado en los procedimientos operativos de los comités, pero no siempre se lleva a cabo. Igualmente, este proceso debería ser fomentado por parte de las diferentes jefaturas de las instituciones, que deberían tener el mayor interés en mejorar procedimientos y prácticas de cara a un nuevo evento.



LOS PARTICIPANTES EN LOS TALLERES RECOMIENDAN...

Esta sección sintetiza las principales recomendaciones brindadas por los participantes en los talleres de lecciones aprendidas:

1. Coordinación interinstitucional local y regional:

- Fortalecimiento de los Comités Municipales de Emergencias, integrando a todas las instituciones locales y articulando adecuadamente sus funciones.
- Mejora de la comunicación entre instituciones y sus diferentes niveles.
- Establecimiento de un perfil para el coordinador del Comité Municipal de Emergencias que incluya las capacidades técnico-científicas necesarias para la gestión de emergencias y desastres.
- Fortalecimiento del Comité Regional de Emergencias de la región Pacífico Central.

2. Capacitación en el tema de desastres:

- Programa de formación continua por instituciones, jerarquías y niveles.
- Disponibilidad de instructores regionales que den soporte a los comités municipales.
- Mejorar los niveles de capacitación sobre el tema del personal principal de los centros médicos.
- Proceso de educación continua mediante un plan homologado para comités de emergencia que incluya simulaciones y simulacros.
- Capacitación a nivel comunitario a través de un proceso participativo que permita una respuesta integrada de las instituciones.

3. Flujo de información:

- Monitoreo constante de las actividades y comunicación entre el nivel regional, local y nacional.
- Información no redundante, verídica, depurada y que se maneje en los diferentes niveles jerárquicos.
- Protocolizar y estandarizar el flujo de información.
- Oficializar la documentación.
- Mejorar redes y equipos de comunicación en la CCSS.
- La estandarización de los equipos y sistemas de comunicación, a fin de unificar la red de comunicación.

4. Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades (EDAN) en salud:

- Capacitación en la utilización de EDAN y asignación de responsabilidades.
- Unificar un solo instrumento de EDAN salud que incorpore los diferentes niveles de atención.
- Coordinación con comités municipales y comunales y divulgación de las actividades.

5. Unificación de formatos y procedimientos:

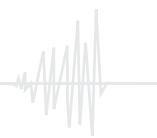
- Directriz nacional para la unificación de formatos (formatos únicos y estandarizados), así como la revisión de los actuales.
- Base unificada de datos.
- Socializar los protocolos y procedimientos operativos de la CNE.
- La implementación del Sistema de Comando de Incidentes (SCI) en las instituciones públicas.
- Revisión de los planes de emergencia.

6. Comunicación e información:

- Contar con un plan de comunicación hacia la población, incluyendo los mensajes que se necesita brindarle.

7. Otras:

- Establecimiento de planes de contingencia para el suministro de agua potable.
- Que en situaciones de emergencias y/o desastres, el COE lleve a cabo alguna de sus sesiones en el lugar afectado con el objetivo de acercarse más a la situación en el terreno y a las necesidades de esa población.
- Involucrar más a los choferes de las instituciones en los preparativos y respuesta a emergencias y desastres, ya que es un personal clave que, generalmente, está subutilizado.



LAS 10 RECOMENDACIONES MÁS COMENTADAS

1° La importancia de documentar el proceso vivido y las lecciones aprendidas y por aprender

Es necesario seguir documentando las lecciones aprendidas y las que todavía no se han aprendido con relación a la respuesta a emergencias y desastres. Las emergencias y los desastres constituyen los mejores escenarios para poner a prueba los planes y las capacidades institucionales. Una evaluación posterior se torna necesaria para poder analizar con perspectiva crítica las acciones llevadas a cabo y su repercusión en la adecuada y oportuna gestión de la emergencia. Un escenario sin víctimas mortales como el terremoto del pasado 5 de septiembre de 2012 en Costa Rica proporciona la tranquilidad necesaria para hacer, desde una cierta distancia y sin la presión de la pérdida de vidas humanas, un buen análisis.

2° Considerar las redes sociales como un actor más en la gestión de las emergencias y los desastres

Las redes sociales constituyen hoy un nuevo factor en la gestión de las emergencias y los desastres que no puede ser ignorado. Las instituciones deben aprender a gestionarlas para canalizar un flujo adecuado de información y la transmisión de mensajes relevantes al público. Si las utilizamos bien, pueden ser un activo importante. Sin embargo, si las ignoramos, minimizamos o no gestionamos adecuadamente, pueden incidir negativamente en la respuesta a un evento, por ejemplo, a través de la transmisión de rumores. En este sentido, es importante establecer protocolos y capacitar al recurso humano de las diferentes instituciones en el uso de estas herramientas.

3° Aprender a funcionar en “modo de emergencia” a lo interno de las instituciones

Todas las instituciones deberían interiorizar mucho mejor el tema de la reducción de riesgo y la respuesta a emergencias y desastres, elaborando protocolos y procedimientos, asignando presupuesto específico para estas actividades y, en general, con la capacidad necesaria para comenzar a funcionar en un “modo de emergencia”. En este sentido, se podrían establecer medidas básicas de reconversión de funciones durante las emergencias. En cualquier caso, la respuesta a las emergencias debe ser parte de los procesos de planificación de las instituciones.

4° La comunicación y la coordinación en emergencias se planifican con antelación

La comunicación y coordinación entre gerencias y niveles regionales y locales que se establece y se mantiene en tiempos de paz contribuye a una comunicación óptima y eficaz en situaciones de

emergencias y desastres. La comunicación y la coordinación no surgen de manera espontánea en las emergencias si no se han planificado con anterioridad. Por ende, es importante mantener de forma permanente y periódica la comunicación y coordinación entre gerencias y niveles regionales y locales, con el objetivo de estar siempre preparados para brindar control y seguimiento a las acciones de respuesta a las emergencias.

5° La respuesta en salud debe ser especializada

Sería importante el contar con un equipo nacional de respuesta que pudiera ser movilizado para apoyar en la respuesta en salud de las emergencias (formado por especialistas en sistemas de salud, epidemiólogos, expertos en logística, expertos en comunicación...), tanto a nivel nacional como en otros países. Este equipo podría ser interinstitucional y apoyaría enormemente el manejo de la emergencia con un buen nivel de especialización en los aspectos relacionados con salud.

6° Debemos conseguir que los hospitales e instalaciones de salud sean seguras frente a emergencias y desastres

Cada vez que se pierde un hospital, se pierde un activo importante para la sociedad y una inversión muy costosa en infraestructura esencial. Por ende, es fundamental asegurar que los nuevos hospitales que se construyan sean seguros y, además, que los que ya existen sean evaluados para determinar su grado de seguridad e implementar las medidas necesarias no solo para que resistan a los desastres, sino para que sigan funcionando a su mayor capacidad posible, ya que justamente en situaciones de emergencias y desastres es cuando más se necesitan.

7° Trabajar en red de servicios de salud es muy importante, pero ésta debe estar bien organizada

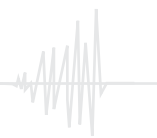
El trabajo en red de servicios de salud ha demostrado su efectividad en situaciones de emergencias y desastres. Sin embargo, es necesario que la reorganización de los servicios con apoyo en la red se contemple previamente en los planes de emergencia, de manera que las áreas de salud cuenten con el recurso necesario para asumir el mayor volumen de atención médica y que ésta se pueda prestar con la calidad requerida, máxime cuando las situaciones de emergencia post evento se prolongan durante cierto tiempo.

8° La actualización y respeto a los códigos de construcción sismo-resistente marca la diferencia en la gravedad del impacto de un terremoto

El volumen y la gravedad de los daños provocados por un terremoto no vienen determinados por su magnitud. Ha quedado demostrado que un mismo sismo en diferentes lugares del istmo centroamericano puede tener muy diferentes consecuencias. En este sentido, es importante que otros países de la región tomen nota de la necesidad de disponer de códigos de construcción sismo-resistente, de actualizar los ya existentes y de hacer cumplir los lineamientos que contienen.

9° La creación y fortalecimiento de capacidades en reducción de riesgo debe ser un proceso continuo y de abajo a arriba

No es un misterio para nadie que la primera respuesta a una situación de emergencia viene dada por la comunidad. Entonces, no debería resultar ajeno el pensar que es la comunidad, entendida como las fuerzas vivas, las organizaciones civiles y los miembros de los comités municipales de emergencia,



CONCLUSIÓN

Las emergencias y los desastres son una realidad permanente en los países de América Latina y el Caribe. Desde eventos ya casi cotidianos como las inundaciones, hasta otros súbitos como los terremotos, sus consecuencias inciden en el desarrollo de los pueblos de la región y representan un fuerte impacto en términos económicos y sociales.

El caso del terremoto de Nicoya tiene una doble lectura en lo que a lecciones aprendidas se refiere. Si bien tuvo una magnitud elevada, no causó víctimas mortales, lo que se considera un logro y habla muy positivamente del grado de preparación de Costa Rica.

Sin embargo, si bien hay que reconocer, por ejemplo, la importancia de la existencia y cumplimiento de códigos de construcción, la preparación frente a las emergencias y desastres también incorpora otros factores, entre los que destacan aspectos como la coordinación interinstitucional, la comunicación y la gestión de información. El hecho de que el terremoto de Nicoya no tuviera consecuencias mayores en términos de vidas humanas, brindó una oportunidad excepcional para poder discutir en los talleres de lecciones aprendidas sobre estos temas que constituyen la esencia de una óptima respuesta a las emergencias.

En este sentido, una conclusión muy relevante de estos talleres es que hay que mejorar la coordinación entre las instituciones en términos de comunicación, delimitación de funciones y responsabilidades, ámbitos de actuación y aplicación de protocolos y formatos, entre otros.

Por otro lado, hay que seguir fortaleciendo el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, que implica que cada institución asume sus responsabilidades en el tema, también en situaciones de emergencias. A estas alturas ya está claro que la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) es un ente coordinador, pero que la responsabilidad recae en todos. Por ende, es importante profundizar en los procesos que, con el asesoramiento de la CNE, muchas instituciones están iniciando.

En el ámbito municipal el desafío es enorme. Las municipalidades y sus responsables necesitan empoderarse del tema de gestión del riesgo y se están dando pasos alentadores en este sentido como, por ejemplo, la creación de una unidad en la CNE para apoyar en estos procesos.

En lo relativo a la salud, los talleres han puesto de relieve que la respuesta en salud es compleja y que requiere de una firme coordinación con los otros actores vinculados. La organización en red de servicios de salud ha demostrado que funciona y que contribuye a minimizar el impacto, pero debe planificarse con anterioridad. Una de las debilidades que señalaron los participantes en los talleres es que la reorganización que se requirió por parte de las clínicas no se hubiera contemplado previamente en los planes de emergencia del sector salud.

Además, hay que seguir insistiendo en el tema de hospitales seguros. Perder un hospital por un desastre impacta durante muchos años la calidad de vida de las personas y su salud. Asimismo, representa un costo muy elevado para el Estado. Invertir en seguridad hospitalaria es siempre una inversión rentable, dado que, el coste posterior a la emergencia, tanto en la recarga sobre la red de servicios como en la rehabilitación del hospital y la reorganización de sus servicios, supera con creces el costo de la inversión en un hospital seguro.

BIBLIOGRAFÍA

Bermúdez, Marlen (1994). El manejo institucional y percepción de la población en el terremoto de Limón. *Revista Geológica de América Central: Volumen especial: Terremoto de Limón*, 211-224.

Costa Rica. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) (2012). *Plan General de la Emergencia: Terremoto Sámara*. San José, Costa Rica. CNE.

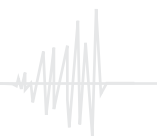
Costa Rica. Leyes y Decretos. 2012, 24 de setiembre. Decreto No. 37305-MP: Terremoto de Sámara. San José, Costa Rica. *La Gaceta* No. 187, Alcance 141.

Costa Rica. Leyes y Decretos. 1997, 9 de junio. Decreto No. 26066-S: Designa el laboratorio de AyA como el laboratorio nacional de aguas. San José, Costa Rica. *La Gaceta* No. 109.

Costa Rica. Leyes y Decretos. 2006, 11 de enero. Ley No. 8488: Ley Nacional de Emergencia y Prevención de Riesgos. San José, Costa Rica. *La Gaceta* No. 8

Costa Rica. Ministerio de Salud (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. "De la atención hospitalaria a la atención comunitaria"*. San José, Costa Rica.

Linkimer, L. (Ed.), Soto, Gerardo J. (Ed.) (2012). *El terremoto de Sámara del 5 de setiembre del 2012*. San José, Costa Rica. Red Sismológica Nacional UCR-ICE.



1. Lista de participantes en los 3 talleres de sistematización de lecciones aprendidas:

LISTADO DE PARTICIPANTES EN EL TALLER DE NICOYA (13/05/2013)

Institución	Participante
Alcaldía de Nicoya	Adriana Rodríguez
Bomberos de Nicoya	Javier Nolasco Guevara Gómez
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Anner Angulo Leiva
	Hellmuth Lobo
	Laura Madrigal Bermúdez
	Milton Salazar
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) – Área de Salud de Nicoya	Tannia Tánchez Avila
Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE)	Sandra Saborío
Cruz Roja Nandayure	Kenny Prendas Solórzano
Estación de bomberos de Nandayure	Johnny García
Hospital de La Anexión	Johnny Orozco
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) Nicoya	Carlos Aguilar
Municipalidad de Nandayure	Damaris Alvarado
Ministerio de Salud	Johnny Ureña
	Yayo Vicente
Ministerio de Salud - Área Rectora de Salud de Hojancha	Yessenia Ruíz Arias
Ministerio de Salud - Área Rectora de Salud de Liberia	Mario Calvo González
Ministerio de Salud - Área de Salud de Nicoya	Maricela Villegas A.
Municipalidad de Nandayure	Flor de Liz Mayorga Leal
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)	Benicio Gutiérrez Doña
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)	Dr. Carlos Roberto Garzón
	Isabel López Gordo

LISTADO DE PARTICIPANTES EN EL TALLER DE PUNTARENAS (14/05/2013)

Institución	Participante
Bomberos	Reyner Sandoval Naranjo
Cruz Roja	Víctor González Cambroneró
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Aitana Sánchez Chavarría
	Alexis Francisco Muñoz Leitón
	Daniel Quesada
	Gladys Berrocal Brenes
	Laura Madrigal
	Milton Salazar
CC.SS. – Área de salud de Esparza	Esmeralda Bonilla Vargas
CC.SS. – Área de salud Montes de Oro	Esteban Aguilar Arias
	Jorge Beltrán Villalobos
CC.SS. - Hospital Monseñor Sanabria	Eugenia Álvarez
	Lucrecia Madrigal Ramírez
Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE)	Víctor Fallas Chinchilla
Comité Municipal de Emergencias	José Manuel Maffio Musmanni
Concejo Municipal de Monteverde	Francisco Vargas Leitón
Ministerio de Salud	Fiorella Aragón Leandro
	Yayo Vicente
Municipalidad de Esparza	Cristian Carvajal Chaves
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)	Dr. Carlos Roberto Garzón
	Hernán Luque
	Isabel López Gordo
Policía de tránsito	Eduardo Sevilla Galeano

LISTADO DE PARTICIPANTES EN EL TALLER DE NARANJO (15/05/2013)

Institución	Participante
Área de Salud de Grecia	Jorge M. Oviedo
	Patricia Balletero
Bomberos	Randall Chávez Murillo
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Helmut Lobo
	Laura Madrigal
	Milton Salazar
	Marco Avendaño Pérez
	Ana Julia Acuña
	Priscila Cabezas M.
Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE)	Lourdes Rivera Gómez
	Mario González Arrieta
	Reinaldo Carballo
Institución	Participante
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	Micaela Gómez
Liceo de Naranjo	Yenny Corrales B.
	Adriana Segura V.
	Rocío V.
	Jenny Méndez
	Milagro Valverde
Ministerio de Salud	Laura Pérez A.
	Luis Murillo Durán
	Melissa Pérez S.
	Patricia Carrillo Jácamo
	Yayo Vicente
Ministerio de Seguridad Pública	Flor Arguedas
	Kathya Méndez M.
Municipalidad de Grecia	Silvia Zamora Retana
Municipalidad de Naranjo	Adriana Castro Pérez
	Ingrid Soto Rodríguez
Municipalidad de Sarchí	Emilio Arce Porras
Municipalidad de Valverde Vega	Luis Antonio Barrantes Castro
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)	Dr. Carlos Roberto Garzón
	Isabel López Gordo
Policía de Grecia	Jonas Brenes Álvarez
Policía de Sarchí	Sebastián Alpizar C.

2. Listado de entrevistas efectuadas durante el taller de Naranjo:

- Adriana Castro Pérez, Departamento de Gestión Social. Municipalidad de Naranjo. Subcoordinadora del Comité Municipal de Emergencias en el terremoto de Nicoya.
- Dr. Carlos Roberto Garzón, Asesor Subregional del Programa de Emergencias y Desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Dr. Helmuth Lobo Avila, Programa Institucional de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Dra. Laura Pérez Abarca. Área rectora de salud de Valverde Vega.
- Lourdes Noemí Rivera Gómez, Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. Oficial de enlace de la región de Alajuela.
- Luis Antonio Barrantes Castro, alcalde del cantón de Valverde Vega y coordinador del Comité Municipal de Emergencias.
- Patricia Carrillo Jácamo, Dirección Regional Central Occidente, Unidad de Regulación de la Salud.





Las emergencias y desastres, junto a su potencial destructivo y la alteración de las condiciones de vida de las poblaciones y territorios en los cuales impactan, traen consigo un aprendizaje que merece ser rescatado y asimilado para reducir las vulnerabilidades.

Durante los últimos 20 años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha llevado a cabo un importante esfuerzo de sistematización de las lecciones aprendidas que han dejado estos eventos en diferentes países de la región de las Américas, a fin de reflexionar sobre aquellos aspectos de la atención de la emergencia y de la respuesta a los desastres que se pueden mejorar y en los cuales se puede aumentar la capacidad de preparación y respuesta de los países para hacer frente a estas situaciones.

Las lecciones aprendidas o por aprender del terremoto del 5 de septiembre de 2012 en Costa Rica, conocido como el terremoto de Nicoya, son el resultado del análisis de material documental y de las impresiones y percepciones de los actores que vivieron de primera mano el evento y que, desde sus diferentes disciplinas y responsabilidades, participaron en las acciones de respuesta.

Entre las principales lecciones figuran temas de coordinación, de evaluación de daños y análisis de necesidades, de salud mental, de comunicaciones, de reorganización y continuidad de servicios de salud, de gestión de información y de comunicación social, entre otras.

Este esfuerzo de recopilación de lecciones aprendidas ha sido posible gracias a la colaboración y acompañamiento de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), del Ministerio de Salud de Costa Rica y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

